



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN DURANTE EL TRANCURSO DEL TRABAJO

(Para planes presentados desde 7/1/08 al 6/30/09)

Nombre del trabajador:	<u>Worker's Name</u>	Número del reclamo:	<u>Claim Number</u>
Nombre del VRC:	<u>Provider Number</u>	Número de proveedor:	<u>Provider Number</u>

Este documento proporciona la información necesaria para tomar una decisión informada con relación a los beneficios de reentrenamiento vocacional y explica las responsabilidades que usted y su consejero vocacional (VRC) tienen. Usted y su VRC deben discutir la información de este documento y usted debe poner sus iniciales en cada punto. Por favor comuníquese con el Departamento para aclarar cualquier información antes de firmar y devolver este documento.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR

Si selecciono el Plan de capacitación (Opción 1):

- a. Participaré totalmente en mi plan de capacitación. Asistiré a toda la capacitación programada o a las clases y completaré cualquier tarea asignada. Seguiré la política de asistencia de _____ (empleador) _____ INICIALES
- b. Mantendré todos los registros relacionados con mi plan de capacitación incluyendo los gastos de capacitación y toda la correspondencia relacionada, incluyendo (marque todos los que apliquen): _____ INICIALES
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reportes de asistencia o tarjetas de registro de horas | <input type="checkbox"/> Comprobantes de inscripción a la capacitación y horarios |
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago (si se aplica) | <input type="checkbox"/> Certificados de terminación de capacitación |
| <input type="checkbox"/> Reportes de las calificaciones (si se aplica) | <input type="checkbox"/> Recibos de todos los gastos, incluyendo herramientas, equipo y materiales |
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de millas | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | |
- c. Le notificaré a mi VRC de cualquier ausencia de más de tres días consecutivos o que pueda afectar mi habilidad para completar mi plan de capacitación. _____ INICIALES
- d. Le responderé rápidamente a mi VRC y le devolveré todas las llamadas dentro de 48 horas. Entiendo que se requiere que mi VRC se comunique conmigo por lo menos dos veces al mes. _____ INICIALES
- e. Firmaré una autorización para entregar información autorizando a _____ (empleador) y a mi VRC para compartir información sobre el progreso de mi capacitación. _____ INICIALES

- f. Completaré los requisitos y las políticas de mi empleador para completar con éxito mi plan de capacitación. _____ INICIALES
- g. Trabajaré con _____ (*empleador*) y el VRC si necesito ayuda. Entiendo que el progreso de mi capacitación será supervisado por mi instructor, supervisor y el VRC. _____ INICIALES
- h. Le notificaré rápidamente a mi gerente del reclamo y al VRC si tengo dudas sobre mi habilidad para completar mi plan de capacitación, incluyendo dificultad con los materiales del curso, cambios de las condiciones médicas o restricciones físicas y situaciones familiares y en el hogar. _____ INICIALES

Department of Labor and Industries
 PO Box 44291
 Olympia WA 98504-4291
 Website: www.lni.wa.gov



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN DURANTE EL TRANCURSO DEL TRABAJO

(Para planes presentados desde 7/1/08 al 6/30/09)

Nombre del trabajador:	<u>Worker's Name</u>	Número del reclamo:	<u>Claim Number</u>
Nombre del VRC:	<u>Provider Number</u>	Número de proveedor:	<u>Provider Number</u>

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR (continuación)

- i. Entiendo que se requiere que mi VRC se comunique con mi instructor y supervisor para: _____ INICIALES
- Obtener registros de asistencia de mi capacitación y de la participación en el plan.
 - Completar evaluaciones regulares en mi nombre, incluyendo: las habilidades y conocimientos adquiridos, grado de participación, asistencia y grado de aprovechamiento en el programa de capacitación.
- j. Participaré en todas las actividades de colocación de empleo lo cual incluirá preparar aplicaciones de empleo, desarrollar un curriculum y otras actividades para ayudarme a obtener trabajo. _____ INICIALES
- k. Entiendo que el Departamento (L&I) o mi empleador autoasegurado continuará proporcionando todos los beneficios que me correspondan en mi reclamo mientras participo en mi plan de capacitación. _____ INICIALES
- l. Entiendo que si no cumplo con este Acuerdo de responsabilidad y con mi plan de capacitación, los beneficios bajo mi reclamo serán suspendidos o terminados. _____ INICIALES
- m. Entiendo las responsabilidades de mi VRC en este documento. _____ INICIALES

n. Entiendo que es posible que los empleadores requieran una evaluación previa del empleo para el que estoy recibiendo capacitación. Certifico que puedo cumplir con los requisitos de contratación de empleo mencionados abajo donde he puesto mis iniciales. _____ INICIALES

Ponga sus iniciales solamente en aquellos requisitos que aplican para su ocupación.

_____ Historia del
conductor
INICIALES

INICIALES

_____ Reporte de antecedentes penales
INICIALES

_____ Prueba de detección
de drogas

_____ Otro (especifique): _____
INICIALES

He leído, entendido y estoy de acuerdo con mi plan de capacitación. También he discutido la información de este acuerdo de responsabilidad con mi VRC y entiendo que debo desempeñar las responsabilidades descritas.

Firma del trabajador

Fecha



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN DURANTE EL TRANCURSO DEL TRABAJO

(Para planes presentados desde 7/1/08 al 6/30/09)

Nombre del trabajador:	<u>Worker's Name</u>	Número del reclamo:	<u>Claim Number</u>
Nombre del VRC:	<u>Provider Number</u>	Número de proveedor:	<u>Provider Number</u>

CONSEJERO DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL (VRC) RESPONSABILIDADES DURANTE EL PLAN

Si el trabajador selecciona el Plan de capacitación (Opción 1):

- Revisaré con el trabajador: todos los registros, correspondencia y gastos relacionados con el plan de capacitación: incluyendo materiales y registros de información de rendimiento proporcionados por el trabajador, el instructor y el supervisor.
- Me comunicaré con el instructor/supervisor regularmente para revisar el progreso de la capacitación. Solicitaré que el instructor/supervisor proporcione una evaluación por escrito con relación a la participación, asistencia y progreso del plan de capacitación.
- Me reuniré o comunicaré con el trabajador por lo menos dos veces al mes para revisar el progreso de su plan.
- Ayudaré al trabajador con el desarrollo de sus habilidades para buscar trabajo durante la etapa propuesta para colocación de empleo del plan de capacitación. Esto incluirá el aprender como preparar y someter cartas de presentación, aplicaciones de empleo, desarrollo del curriculum, habilidades para entrevistas e instrucción para desarrollar habilidades para buscar trabajo. También revisaré los resultados de las comunicaciones del trabajador con los empleadores.
- Le reportaré a L&I el progreso del trabajador como es requerido.

He leído y discutido el Acuerdo de Responsabilidad y el plan de capacitación con el trabajador y contestado todas las preguntas.

Firma del VRC's

Fecha



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN DURANTE EL TRANCURSO DEL TRABAJO

(Para planes presentados desde 7/1/08 al 6/30/09)

Nombre del trabajador:	<u>Worker's Name</u>	Número del reclamo:	<u>Claim Number</u>
Nombre del VRC:	<u>Provider Number</u>	Número de proveedor:	<u>Provider Number</u>

OPCIÓN 2 DISCUSIÓN

No estoy escogiendo la Opción 2 en esta fecha. Estoy discutiendo la opción de participar en mi plan de capacitación o de escoger los beneficios de la Opción 2. Esta discusión es requerida si no he recibido los beneficios de la Opción 2 en este reclamo o en cualquier otro.

Si mi plan de capacitación está aprobado recibiré una carta de aprobación del plan. La carta incluye un Formulario de Opción para capacitación que utilizaré para notificarle a L&I si participaré en mi plan de capacitación aprobado (Opción 1) o si seleccionaré un beneficio de capacitación alterno dirigido por mi mismo, (Opción 2).

Si escojo beneficios de la Opción 2:

- Debo completar el the Formulario de opción para capacitación y enviarlo por correo a L&I. Este formulario debe recibirlo L&I dentro de 15 días a partir de la fecha en la carta de aprobación de mi plan de capacitación. Si no es recibida para la fecha límite debo comenzar mi plan de capacitación aprobado. _____ INICIALES
- Entiendo que puedo escoger la Opción 2 una sola vez en mi vida. _____ INICIALES
- Entiendo que no podré continuar con mi plan de capacitación; sin embargo, puedo hacer arreglos con la escuela o programa de capacitación para asistir usando mis beneficios de la Opción 2. _____ INICIALES
- Entiendo que mis pagos de tiempo perdido terminarán en la fecha en que mi solicitud para Opción 2 sea aprobada y el tratamiento médico haya terminado y que mi reclamo será cerrado. _____ INICIALES
- Entiendo que recibiré una indemnización vocacional igual a seis meses del pago de tiempo perdido (menos sobrepagos). Esta indemnización se pagará cada dos semanas hasta que la cantidad de la indemnización se haya pagado o termina mi derecho a recibir beneficios. _____ INICIALES
- Entiendo que comenzando desde la fecha en que los beneficios de la Opción 2 sean aprobados tendré hasta cinco años y \$12,240 para gastos de capacitación. _____ INICIALES
- Entiendo que puedo asistir a cualquier escuela o programa de capacitación con licencia, acreditada o aprobada por L&I. _____ INICIALES

h. Entiendo que puedo usar mis fondos para capacitación en los gastos siguientes:

_____ INICIALES

- Matrícula o costos de capacitación para las clases o programas aprobados.
- Libros, tarifas, materiales, equipo o herramientas requeridos para el programa o las clases.
- Cuidado de niños o dependientes mientras asisto a las clases o programas aprobados.

Department of Labor and Industries
 PO Box 44291
 Olympia WA 98504-4291
 Website: www.lni.wa.gov



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DE LA CAPACITACIÓN DURANTE EL TRANCURSO DEL TRABAJO

(Para planes presentados desde 7/1/08 al 6/30/09)

Nombre del trabajador:	<u>Worker's Name</u>	Número del reclamo:	<u>Claim Number</u>
Nombre del VRC:	<u>Provider Number</u>	Número de proveedor:	<u>Provider Number</u>

OPCIÓN 2 DISCUSIÓN (continuación)

i. Entiendo que los fondos para mi capacitación no pueden usarse para capacitación en el trabajo, trabajo independiente, modificaciones de trabajo, hospedaje, gastos de mudanza o transportación (incluyendo millas y estacionamiento).

_____ INICIALES

j. Entiendo que no puedo usar los fondos de capacitación de mi Opción 2 para gastos como equipo ergonómico especial para asistir a la capacitación o para ayudar en el empleo. Tampoco hay fondos adicionales de L&I para estos propósitos. _____ INICIALES

k. También entiendo que la Opción 2 será un programa de capacitación dirigido por mi mismo. L&I no proporcionará un VRC para ayudarme a planear u organizar mi capacitación. Seré responsable de encontrar una escuela o programa de capacitación, inscribirme a las clases y seguir los procedimientos adecuados para poder usar mis fondos para capacitación.

_____ INICIALES

Marque uno:

- He discutido lo anterior con mi VRC y entiendo los beneficios de la Opción 2*
- Recibí beneficios de la Opción 2 anteriormente y esta discusión de la Opción 2 no se aplica.*

Firma del trabajador

Fecha

Marque uno:

- He explicado los beneficios de la Opción 2 y contestado todas las preguntas.*
- El trabajador ya había recibido los beneficios de la Opción 2 y esta discusión de la Opción 2 no se aplica.*

Firma del VRC

Fecha